

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL A  
CORTO PLAZO BIENESTAR VIDA  
CONDICIONES PARTICULARES**

**Seguros Crefisa, S.A.** del domicilio de Tegucigalpa, Honduras, denominada en adelante "LA COMPAÑÍA", tomando en consideración las declaraciones hechas al solicitarse este seguro, que constituyen las bases del presente Contrato, asegura a favor de "El Asegurado", en contra de los riesgos que a continuación se expresan, limitándose a aquellos que específicamente quedan estipulados en ella.

**1. ASEGURADO:**

	<b>NO. CERTIFICADO:</b>		<b>NO. POLIZA:</b>	
<b>Nombre y Apellido:</b>	<b>Cédula:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Domicilio:</b>			<b>Teléfono:</b>	
<b>Profesión y/u Ocupación:</b>		<b>Correo electrónico:</b>		

**2. PLAN CONTRATADO:**

**3.1 COBERTURAS, SUMAS ASEGURADAS Y DEDUCIBLE:**

<b>COBERTURA</b>	<b>SUMA ASEGURADA TITULAR</b>
<b>Cobertura Básica de Fallecimiento</b>	
<b>Coberturas Adicionales (Adicional a la cobertura básica de fallecimiento el Asegurado, podrá contar en su plan contratado con las siguientes coberturas, las cuales no implican cobro de prima adicional):</b>	
<b>1. Incapacidad Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.</b>	
<b>2. Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad o Accidente.</b>	
<b>2.1. Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad (IDHe). *</b>	
<b>2.2. Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHa). *</b>	
* Período de Espera	
* Deducible	
* Período de Beneficio (Límite Máximo de Responsabilidad)	
* Hospitalizaciones sucesivas	
<b>PRIMA MENSUAL</b>	

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL A  
CORTO PLAZO BIENESTAR VIDA  
CONDICIONES PARTICULARES**

**3.2 BENEFICIARIOS:**

Nombre:	Parentesco:	Porcentaje:

**3. DATOS DE PAGO:**

Medio de Pago:	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito	Número:
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Débito	Número:

\*En caso de algún problema con el cobro, para no afectar su cobertura verificaremos cual es la tarjeta que está activa a su nombre dentro del BAC/ Credomatic para hacer el cargo correspondiente.

**La fecha de vencimiento del pago de la prima es cada mes, el mismo día que inicia la vigencia de este seguro.**

**4. VIGENCIA:**

<b>Desde:</b>	
<b>Hasta:</b>	a las 00:01 horas.

En fe de lo cual, se firma y sella en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**Autorizada**

**Gerente General**

Teléfono de Atención al Cliente (+504) 2216-4723